

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Margo Taliväting

**Elusündmuste küsimustiku kohandamine eesti keelde ja traumakogemuste hindamine
psühhoosihaigetel**

Magistritöö

Juhendajad: Mart Juursoo, MA
Kaia Kastepõld-Tõrs, MSc

Läbiv pealkiri: Elusündmuste küsimustiku kohandamine eesti keelde

Tartu 2018

Elusündmuste küsimustiku kohandamine eesti keelde ja traumakogemuste hindamine psühhosiahaigetel

KOKKUVÕTE

Magistritöö eesmärgiks oli kohandada eesti keelde Elusündmuste küsimustik (LEC) ja uurida, kuidas esineb psühhosiahaigetel võrreldes tervete uuritavatega traumakogemusi, dissotsiatsiooni, emotsioonide düsregulatsiooni ja PTSH sümptomeid. Uuringus osales kokku 181 osalejat, kellest 145 kuulus tervete uuritavate (keskmine vanus 34.4) ja 36 kliinilisse valimisse (keskmine vanus 39.1). Osalejad täitsid viis enesekohast küsimustikku: Elusündmuste küsimustik LEC, Tagasisideküsimused, Posttraumaatilise stresshäire nimekiri PCL, Emotsioonide regulatsiooni raskuste skaala ERRS ja Dissotsiatiivsete kogemuste skaala DES. Tulemustest ilmnas, et psühhosiahaigetel esines võrreldes tervete uuritavatega rohkem trauma- ja dissotsiatiivseid kogemusi ning kõrgemaid PTSH sümptomite ja emotsioonide düsregulatsiooni skoori. Lisaks näitas regressioonanalüüs, et psühhosiahaigete valimis olid PTSH sümptomite olulisteks ennustavateks muutujateks emotsioonide düsregulatsioon ja dissotsiatsioon. Eestikeelse LEC kordustesti väärtete keskmine Cohen *kappa* (0.70) oli võrreldav originaaliga ning reliaablus oli hea (0.71).

Märksõnad: trauma, psühhos, PTSH, dissotsiatsioon, emotsioonide düsregulatsioon

Adaptation of the Life Events Checklist into Estonian and examining traumatic experiences in psychosis

ABSTRACT

The purpose of the recent Master Thesis was to adapt the Life Events Checklist into Estonian and to examine, how many traumatic experiences, dissociation, emotion dysregulation and PTSD symptoms do individuals with psychosis have compared to healthy individuals. The research comprised of 181 individuals, whom 145 were healthy subjects (mean age 34.4) and 36 belonged to a clinical sample (mean age 39.1). Participants filled in five self-reported questionnaires: The Life Events Checklist (LEC), feedback questionnaires, the Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL), The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and Dissociative Experiences Scale (DES). The results revealed that individuals with psychosis experienced more traumatic, dissociative experiences, emotion dysregulation and higher PTSD symptoms compared to individuals in a healthy group. Also, the regression analysis revealed that the main predictive factors of PTSD symptoms in individuals with psychosis were emotion dysregulation and dissociation. The mean Cohen's kappa of the Estonian LEC re-test statements (0.7) was comparable to the original version and reliability was also acceptable (0,71).

Keywords: trauma, psychosis, PTSD, dissociation, emotion dysregulation

SISSEJUHATUS

DSM-V kriteeriumi järgi kogeb ligi 90% inimesi tavapopulatsioonis elu jooksul vähemalt ühte potentsiaalselt psühhotraumeerivat sündmust (Kilpatrick jt, 2013). Enamjaolt piirdub traumakogemus psühholoogilise distressiga, mis aja jooksul taandub ning inimese traumaeelne funktsioneerimine taastub (Littleton, Axsom & Grills-Taquechel, 2011). Ligi 25-30% traumat kogenud inimestel kujuneb välja post-traumaatiline stressihäire ehk PTSH (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995). PTSH levimus eluea jooksul kogu elanikkonnas loetakse tavapopulatsioonis 6,8-7,3% (Kessler jt, 2005; Roberts, Gilman, Breslau, Breslau, & Koenen, 2011). Kahe metaanalüüsi põhjal on leitud, et PTSH levik psühhoosihaigete seas on 12,4-29% (Achim jt, 2011; Buckley, Miller, Lehrer, & Castle, 2009) ning neil esineb tavapopulatsioonist oluliselt enam raskemaid traumakogemusi (Mauritz, Goossens, Draijer & van Achterberg, 2013). Sellegipoolest küsitakse psühhoosihaigete patsientide käest nii traumakogemuste kui PTSH sümptomite esinemise kohta üsna harva (Cusack, Grubaugh, Knapp, & Frueh, 2006; Mueser jt, 2004). Kardetakse, et küsimused traumade kohta teevad patsiendi seisundi halvemaks või ei peeta raskete psüühikahäiretega patsientide enesekohaseid hinnanguid väga usaldusväärseteks (Fallot & Harris, 2001). Ka patsiendid ise ei raporteeri alati oma traumakogemusi. Näiteks tuntakse juhtunu pärast süüd või häbi, esineb raskusi meenutamisel, ei usaldata piisavalt klinitsiste, minimaliseeritakse traumakogemust või ei osata näha seost traumakogemuse ja tekkinud sümptomite vahel (Tucker, 2002). Samas näitavad uuringud, et kui kasutada standardiseeritud skriinimisvahendeid, siis on võimalik psühhoosihaigete seas läbi viia valideeritud ja reliaabset traumakogemuste hindamist (Mueser jt, 2001; Nijenhuis, Van der Hart & Kruger, 2002). Mõned uurijad on leidnud, et inimesed raporteerivad tõenäolisemalt oma traumast, kui kasutada kogemuste loetelu põhiseid enesekohaseid küsimustikke (Monson, Lonergan, Caron & Brunet, 2016).

Traumakogemuste defineerimine

PTSH diagnoosimisel on üheks eeltingimuseks, et stressi tekitava elusündmuse ja psühhopaatoloogia vahel oleks põhjuslik seos (Van Hooff, McFarlane, Baur, Abraham, & Barnes, 2009), kuid selle üle, mismoodi neid elusündmusi defineerida, on palju vaieldud (Davidson & Foa, 1991; Lindy, Green, & Grace, 1987; Weathers & Keane, 2007). PTSH ei teki peale igasugust ebameeldivat sündmust, mida kirjeldatakse traumana igapäevakeeles, nagu näiteks töö kaotamine või eksamilt läbikukkumine (NICE, 2005). 1980.a. märgiti PTSH esimest korda DSM-III-s (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*; American Psychiatric Association [APA], 1980) eraldi kategooriana. Siis kirjeldati PTSH diagnostilise kriteeriumi A juures traumaatilist sündmust kui äratuntavat stressorit, mis tekitaks enamus inimestes olulisel määral distressi. See on väga sarnane RHK-10-s olevale definitsioonile, mille järgi on stressoriks sündmus või situatsioon (nii lühiajaline kui ka kestav), mis põhjustab märgatava distressi peaaegu kõigil inimestel (World Health Organization, 1992). Ühe erinevusena võiks siiski välja tuua, et DSM III-s sõnastati traumaatilist kogemust kui midagi tavapärasest inimkogemusest väljaspool olevat (American Psychiatric Association, 1980). See erinevus tõstatas aga küsimuse, et mis siis on ja ei ole tavapärane. Näiteks pole seksuaalne ja füüsiline vägivald sugugi nii haruldane, kui esialgu arvati (Breslau, 2002). DSM-IV-s eemaldati seetõttu märke, et sündmus peab olema tavakogemusest väljaspool, ning eristati otsene ja kaudne kokkupuude traumaga (American Psychiatric Association, 2000). Otsese kokkupuute all on mõeldud olukorda, kus inimene on kas sündmuse ise üle elanud või seda pealt näinud. Siia kuuluvad lahingus osalemine, kallaletungi või seksuaalvägivalla ohvriks langemine, autoõnnetusse sattumine, kellegi tõsise vigastuse pealtnägemine jne. Kaudse kokkupuute all on silmas peetud olukorda, mil inimene on teada saanud sündmusest, kus näiteks tema lähedane pereliige või sõber on ootamatult või vägivaldselt surma või tõsiselt viga saanud või on olnud oht nendeks sündmusteks (APA, 2000). Lisaks tuli PTSH diagnoosimisel DSM-IV-s kriteerium A2 jaoks kindlaks teha, kas kokkupuude traumeeriva sündmusega tekitas inimeses tugevat hirmu, abitust või õudustunnet. Need muudatused tekitasid aga uusi küsimusi ja vastakaid arvamusi. Näiteks arvati, et kaudse kokkupuute sissetoomine rikub ära PTSH mõiste (McNally, 2009) ning kriteerium A2 aga ei paranda diagnostilist täpsust (Zoellner, Bedard-Gilligan, Jun, Marks, & Garcia, 2013). Kriteerium A soovitati üldse ära kaotada (Brewin, Lanius, Novac, Schnyder, & Galea, 2009). DSM-V-s eemaldatigi kriteerium A2, kuid kaudse kokkupuute mõiste jäeti siiski sisse, sest on mitmeid uuringud, mis kinnitavad, et PTSH teke on võimalik ka neil, kelle enda elu pole ohustatud olnud, kuid kes on teada saanud, et ta lähedane on traumakogemusega kokku

puutunud (Friedman, Resick, Bryant & Brewin, 2011). Täpsemalt on traumasündmuste erinevused kirjeldatud Lisas 1.

Traumakogemuste uurimises psühhoosihaigete seas on keskendutud enamjaolt lapsepõlvkogemustele, kuid täiskasvanueas asetleidnud traumadele on vähe tähelepanu pööratud (Beards jt, 2013). On uuritud nii lapsepõlve seksuaalset kui füüsilist väärkohtlemist, kuigi pole leitud, et psühhoosi riskifaktoriks oleks üks kindel lapsepõlvetrauma tüüp (Varese jt, 2012). WHO (ingl.k *The World Health Organization*) poolt läbi viidud uuringus leiti, et nii lapsepõlves läbielatud seksuaalne ja füüsiline väärkohtlemine kui ka traumasündmuste üleelamine täiskasvanueas on seotud hilisemas elus psühhoosi tekkeriskiga (McGrath jt, 2017). Täiskasvanuea traumakogemuste uurimusi on üsna vähe läbi viidud ja peamiselt on keskendutud psühhoosi avaldumisele eelnenud sündmustele. On leitud, et inimestel on esinenud sel perioodil tavapärasest rohkem stressirikkaid elusündmusi (Beards jt, 2013). Traumakogemustega psühhoosihaigetel esineb sageli rohkem ja sügavamal tasemel psühhootilisi sümptome, mis on ravile raskemini alluvad (Gearon, Bellack, & Tenhula, 2004). Psühhoosihaigetel on traumakogemustest kõige rohkem raporteerinud füüsilist ja seksuaalset väärkohtlemist nii lapse- kui täiskasvanueas (Grubaugh, Zinzow, Paul, Egede, & Frueh, 2011). Mauritz jt (2013) leidsid, et psühhoosihaigetest 47% olid kogenud füüsilist ja 37% seksuaalset väärkohtlemist ning ligi 30% patsientidest esines kaasuvaks diagnoosiks PTSH (Mauritz, Goossens, Draijer & van Achterberg, 2013). Ka psühhoosi avaldumine on mõnede jaoks juba omaette trauma, kuna see seostub sundhospitaliseerimise ja hirmutavate sümptomite kogemisega (Berry, Ford, Jellicoe-Jones, & Haddock, 2013). Lisaks teeb see haigus inimesi haavatavaks mitmete muude traumade suhtes, nagu näiteks suhtevägivald, seksuaalvägivald (Latalova, Kamaradova, & Prasko, 2014). Psühhootilised sümptomid võivad panna inimest ohte enda jaoks ülehindama ja nägema ohte seal, kus neid pole, ning see võib tekitada potentsiaalseid traumaolukordi, kuna nad ei pruugi osata situatsioone adekvaatselt hinnata (Latalova jt, 2014). Lisaks võib lähedaste kriitiline reaktsioon tekitada psühhoosihaigetes abitust, mis süvendab traumakogemust veelgi (González-Torres, Oraa, Arístegui, Fernández-Rivas, & Guimon, 2007). Kuna traumakogemuste hulk psühhoosihaigete seas kipub olema suurem kui tavapopulatsioonis, siis on ka NICE juhendis soovitus skriinida võimaliku trauma esinemise kohta (National Institute for Health and Care Excellence, NICE, 2014).

Traumakogemuste hindamine

Usaldusväärne traumakogemuste hindamine aitab paremini mõista erinevate traumade mõju psühhopaatoloogiale ja terviseprobleemidele (Dohrenwend, 2006). Siiski on uuringutes keskendutud pigem PTSH sümptomite ja mitte niivõrd traumakogemuste mõõdikute väljatöötamisele (Elhai, Gray, Kashdan, & Franklin, 2005). Võimalik, et see erinevus on tingitud asjaolust, et esialgu peeti PTSH tekke eeltingimuseks vaid selliseid sündmusi nagu näiteks vägistamine ja lahingutegevuses osalemine (Roberts jt, 2012). Kuna traumakogemustele läheneti varasemalt eelkõige kategooriaalselt, siis peamiseks ülesandeks oli kindlaks teha, kas on üldse mingi trauma aset leidnud. (Weathers & Keane, 2007). Aja jooksul on arusaam traumakogemustest muutunud komplekssemaks ning nende mõõtmine keerulisemaks (Krinley & Weathers, 1995). Näiteks on üha rohkem hakatud traumakogemusi käsitlema dimensionaalselt (Weathers & Keane, 2007). On leitud, et ühe traumakogemuse üleelamine võib teha raskemaks ka uute (vähem)traumeerivate sündmustega toimetuleku (Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders, & Best, 1993). Traumakogemuste hindamiseks on töötatud välja mitmeid küsimustikke ning nad on suunatud kas teatud sihtrühmale (nt sõjaveteranid), käsitlevad mingit eluperioodi (nt lapsepõlv) või mõeldud üldiseks skriinimiseks (Steenkamp, McLean, Arditte, & Litz, 2010). Igalühel on omad plussid ja miinused ning kahjuks pole üht mõõdikut, mis hindaks kõiki traumaga seotud kategooriaalseid ja dimensionaalseid aspekte ning traumajärgseid reaktsioone (Steenkamp jt, 2010). Psühhosiahaigetele ei ole traumakogemuste hindamiseks eraldi välja töötatud küsimustikku. Kasutatud on tavapopulatsiooni või teiste psühhiaatriliste patsientide jaoks loodud hindamisvahendeid (Grubaugh jt, 2011). Võib tekkida küsimus, et kui usaldusväärsed on psühhosiahaigete hinnangud oma traumade kohta ja kas nad pigem ei ülehinda oma traumakogemuste esinemist. Fisher jt (2011) leidsid, et 7-aastase kordustestimise vahega raporteerisid psühhosiahaiged kõige püsivamalt füüsilise väärkohtlemisega seotud juhtumeid. Samuti märgiti, et psühhosiahaiged avaldasid kordustestis pigem vähem lapsepõlvega seotud traumakogemusi kui et avalikustasid uusi juhtumeid. Read jt (2008) tõid välja, et psühhosiahaigete valehinnangud seksuaalvägivalla kogemuste kohta ei erinenud suuresti tavapopulatsiooni valehinnangutest. Seega, kuigi üksikjuhtumite puhul tuleb lähtuda patsiendi seisundist, siis üldjuhul ei ole õigustatud oletus, et psühhosiahaigete hinnangud oma traumakogemuste kohta oleksid ebausaldusväärsed.

LEC küsimustiku väljatöötamine

Elusündmuste küsimustik (ingl.k. LEC – Life Events Checklist; Gray jt, 2004) on üks laialdasemalt kasutatavaid skriinimisvahendeid hindamaks potentsiaalselt traumeerivate sündmuste esinemist (Elhai jt, 2005). See on 17-väiteline enesekohane küsimustik ning sündmused on valitud sellised, mis DSM-5 järgi võivad põhjustada PTSH teket või distressi. Vastajal tuleb märkida, kas: (a) sündmus juhtus temaga isiklikult; (b) ta nägi sündmust pealt; (c) ta sai teada, et see sündmus juhtus tema lähedasega; (d) ta puutus kokku sündmusega seoses oma tööga; (e) ta pole kindel, kuhu see sündmus sobitub; (f) ta pole selle sündmusega kokku puutunud. LEC töötati algselt välja PTSH sümptomite skaala CAPS (ingl.k. Clinician-Administered PTSD Scale for DSM; Weathers jt, 2001) abivahendiks. Kõigepealt täitis vastaja LEC küsimustiku, millega koguti andmeid võimalike traumeerivate sündmuste kohta. Seejärel viidi vastajaga läbi intervjuu vormis kliinilise hindamise skaala CAPS. Intervjuu käigus selgitati välja kõige stressitekitavam kogemus ja hinnati sellega kaasnevate PTSH sümptomite olemasolu ning raskusastet. LEC küsimustiku omapäraks on erinevat tüüpi kokkupuute kohta info kogumine. Näiteks füüsilise kallaletungi või raskete vigastustega autoõnnetuse pealtnägemine võib olla palju traumeerivam kui mõni stressirikka sündmusega otsene kokkupuude. LEC kõikide väidete keskmine Cohen kapp on .61 ja test-kordustesti korrelatsioon $r=.82$. Võrreldes ühe teise traumeerivaid kogemusi hindava küsimustikuga TLEQ (ingl.k. Traumatic Life Events Questionnaire; Kubany jt, 2000) oli küsimustike vaheline kooskõla korrelatsioon $r=-.55$, $p<.001$ (LEC madalam skoor viitab siin otsesele kokkupuutele traumaga). LEC küsimustikust on välja töötatud intervjuu vorm, kus hinnatakse täpsemalt ka lapsepõlve väärkohtlemist. LEC on andmete kogumise vahend, mitte test. Seega pole küsimustikul välja töötatud skoorimise meetodit. Küll aga saab arvutada koguskoori, mis näitab, kui palju eri tüüpe sündmusi on kogetud. Nagu enamuse traumaküsimustikega, on reliaabluse tagamisel mitmeid segavaid faktoreid. Näiteks puudub standardne skoorimissüsteem ja traumade raporteerimine sõltub vastajate hetkemotivatsioonist (nt. ei olda valmis rääkima oma traumast). LEC nimekirja on kasutatud ka raskete psüühikahäiretega patsientide traumakogemuste skriinimiseks (Mauritz jt, 2016). Selle küsimustiku kasutamise eelisteks on tema lihtne loetavus ja lühike täitmise aeg (5-10 min).

Dissotsiatiivsed kogemused

Dissotsiatsiooni mõistet on defineeritud kui kogemusi, kus mõtteid, emotsioone, motoorset aktiivsust, taju, mälu ja identiteeditunnet ei töödelda üheks tervikuks, vaid nad on funktsionaalselt üksteisest eraldatud ning mõnel juhul kättesaamatud teadvusele ning tahtlikule meenutamisele (Steinberg, 1994). Häirunud on nende vaimsete protsesside töö, mis on tavapäraselt omavahel integreeritud (Spiegel & Cardena, 1991). Siia kuuluvad sellised sümptomid nagu näiteks psühhogeenne mälulünk (amneesia), iseenda ja ümbruse tajumine võõra ja veidrana (depersonalisatsioon ja derealisatsioon), aja- ja kohataju kaotamine (Lönqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen, Partonen, 2007). Dissotsiatiivsete kogemuste teke on seotud mitmete traumaatiliste elusündmustega nagu näiteks väärkohtlemine lapseas, osalemine lahingutegevuses, täiskasvanuea lähisuhtevägivald, tulekahjud, loodusõnnetused (Briere, 2006). Dissotsiatsiooni esineb sagedamini raskete ja korduvate traumade puhul ning see vähendab inimese võimet kogutut integreerida ja on PTSH kujunemise riskifaktoriks (Briere, 2006). Psühhosihaigete seas esineb nii dissotsiatsiooni kui traumakogemusi rohkem kui tavapopulatsioonis (Schäfer jt, 2012; Vogel jt, 2009). Kuna traumast tingitud dissotsiatsioon võib soodustada psühhooosi avaldumist (Glaslova, Bob, Jasova, Bratkova, Ptacek, 2004), raskendada psühhosist paranemist ja pikendada psühhootilisi episoodide (Mueser jt, 2004; Resnick, Bond, & Mueser, 2003), siis on oluline hinnata psühhosihaigete võimalike traumakogemuste olemasolu.

Emotsioonide düsregulatsioon

Emotsioonide regulatsioon on multidimensionaalne konstrukt (Cole, Martin & Dennis, 2004). Gratz ja Roemeri (2004) järgi sisaldab see endas näiteks inimese teadlikkust ja arusaamist oma emotsioonidest, nende aktsepteerimist ja võimet igapäevaselt toime tulla sõltumata enda emotsionaalsest seisundist. On leitud, et emotsioonide düsregulatsioon on seotud PTSH tekkeriskiga (Bradley jt, 2011). Lisaks süvendab kehvem emotsioonide regulatsiooni võime ka dissotsiatsiooni sümptome (Braehler jt, 2013). Arvatakse, et kui inimene elab üle raske emotsionaalse kogemuse, siis püüab ta oma vähest emotsioonide regulatsiooni võimet kompenseerida dissotsieerudes (ehk eraldudes) (Briere, 2006). Psühhosihaigetel koguvad stressirikastes situatsioonides võrreldes tavapopulatsiooniga subjektiivselt rohkem distressi (Khoury & Lectome, 2012). Nad kipuvad raskete emotsioonidega toimetulekul kasutama vähemtoimivaid meetodeid nagu näiteks vältimine, allasurumine, rumineerimine ja muretsemine (Khoury & Lectome, 2012). Samas selline emotsioonide üle- ja alareguleerimine suurendab PTSH tekkeriski. (Cloitre, Miranda, Stovall-

McClough, & Han, 2005; Frewen & Lanius, 2006). Üha enam peetakse psühhoosihaigete ravis oluliseks emotsioonidega toimetuleku õpetamist, eriti juhtudel, kus komorbiidse häirena esineb stresshäire (Birchwood & Trower, 2006).

Uurimistöö eesmärk

Käesoleva magistritöö eesmärgiks oli kohandada eesti keelde Elusündmuste küsimustik (LEC, Life Events Checklist; Gray jt, 2004), mis aitaks hinnata võimalike traumakogemuste esinemist. Lisaks uurida, kuivõrd esineb psühhoosihaigetel võrreldes tervete uuritavatega traumakogemusi, dissotsiatsiooni, emotsioonide düsregulatsiooni ja PTSH sümptome.

Hüpoteesid:

1. Psühhoosihaigetel esineb võrreldes tervete uuritavatega rohkem otseseid kokkupuuteid traumaga.
2. Psühhoosihaigetel on võrreldes tervete uuritavatega suuremad skoorid dissotsiatsiooni (DES), emotsioonide düsregulatsiooni (ERRS) ja PTSH sümptomite (PCL) mõõdikute skaaladel.
3. LEC (traumakogemuste hulk) korreleerub positiivselt PTSH sümptomite, dissotsiatsiooni ja emotsioonide düsregulatsiooni mõõdikute koguskooriga.
4. Kõrgema traumakogemuste (LEC), dissotsiatsiooni ja emotsioonide düsregulatsiooni mõõdikute koguskooridega psühhoosihaigetel on ka kõrgem PTSH sümptomite koguskoor.

MEETOD

Valim

Uuringus osales kokku 181 inimest vanusevahemikus 18-75 (M=35.3; SD=12.88). Nendest 36 olid SA TÜK Psühhiaatrikliinikus ravil viibivad psühhootilise häirega patsiendid, kellest 18 (50%) olid mehed. Patsientide keskmine vanus oli 39.1 (SD=13,55; vanusevahemikus 19-75). Kliinilise gruppi kuulusid järgnevate diagnoosidega patsiendid: F20.0 (n=14), F20.1 (n=4), F20.2 (n=1), F20.3 (n=1), F22.0 (n=1), F23.1 (n=1), F23.2 (n=6), F25.0 (n=1), F25.1 (n=1), F25.2 (n=6). Uuringusse kaasati need patsiendid, kelle psüühiline seisund oli psühhiaatri hinnangul stabiliseerunud.

Tervete uuritavate grupp koosnes TÜ erinevate erialade üliõpilastest ja inimestest, kes kaasati uuringu läbiviijate tutvusringkonnast. Siia gruppi kuulus 145 isikut, kellest 43 (30%) olid meessoost. Vastajate keskmine vanus oli 34.4 (SD=12.58; vanusevahemikus 18-75). Uuringu läbiviimiseks saadi luba Tartu Ülikooli Eetikakomiteelt (loa nr. 271/T-13).

Protseduur

Töö oli läbilõikeuuring. Osalejatel paluti täita testipakett, mis koosnes viiest enesekohasest küsimustikust. Tervete uuritavate grupp täitis testipaketi UT LimeSurvey keskkonnas. Patsientidele edastati informeeritud nõusolekulehed arsti või meditsiiniõe poolt ning nõusolekul instrueeris meditsiiniõde neid uuringus osalema. Patsiendid said testipaketi paberil ja täitsid selle haiglaravi ajal. Vastajaid instrueeriti märkima LEC küsimustiku lahtrisse linnuke vastavalt sellele, kuidas ta traumakogemusega on kokku puutunud. Näitena täitis patsient LEC küsimustiku esimese rea (Looduskatastroof) koos meditsiiniõega ära. Kõik paberkujul testipaketid olid kodeeritud ning isikuandmed hoiti testiandmetest eraldi ja neid sidus vastav kood, mis oli kättesaadav vaid uuringu teostajale. Tervete uuritavate grupil paluti osaleda nädal hiljem kordustestimises, kus tuli uuesti täita LEC küsimustik.

Esimeseks sammuks LEC küsimustiku adapteerimisel oli selle tõlkimine. Inglisekeelse küsimustiku tõlgitud väited koostati sõltumatult mitme isiku poolt. Saadud tõlget hindas grupp, kuhu kuulusid psühholoog, psühholoogia eriala tudengid ning tavainimesed. Väidete arusaadavust kontrolliti ka väikesel valimil (N=10), kellega viidi läbi lühiintervjuud hindamaks sõnastuse arusaadavust. Pärast küsimustiku komplekti kokkupanemist tõlgiti need tagasi inglise keelde ning kontrolliti sarnasust inglisekeelse LEC väidetega. Kõige rohkem küsimusi tekitas väide *Raske inimkannatus või üleelamine*. Mitmed piloteerimisel osalenud vastajad oleks soovinud, et selle kohta oleks mõni konkreetne näide. Samas see küsimus on ka originaalversioonis üldisem ja selle eesmärgiks ongi haarata enda alla väga erinevaid raskeid olukordi nagu näiteks pikaajaline vaesus, kodutus, nälg, rasked meditsiinilised läbivaatused ja psühhoosihaigete puhul ka näiteks tahtevastane hospitaliseerimine või hirmutavate psühhoosisümptomite kogemine (Barry jt, 2011). Seetõttu sai otsustatud konkreetseid näiteid mitte lisada. Teine üldine väide oli *Muu väga stressirohke sündmus või kogemus*, mille kohta sooviti samuti näidet. Ka siia otsustati näiteid mitte lisada. See võib tekitada raskusi uuringus osalejatel, kuid antud küsimus omab tähtsust kliinilises töös, kus patsient saab oma variandi panna ja sellest hiljem rääkida. Näited võivad olla üldiste küsimuste juures segavaks faktoriks, kui vastaja arvestab ainult väljatoodud ning mitte enda kogemustega.

Piloteerimisel tekitas vastajates segadust, et miks peab eristama nii mitut erinevat kokkupuutevõimalust traumadega (*kogesin ise, nägin pealt* jne.). Küsimustiku eesmärgiks ongi hinnata traumaga erinevaid kokkupuuteid, millel on potentsiaalne võimalus tekitada distressi ja/või PTSH sümptomeid. Siinkohal arvestati võimaliku segadusega ja selguse mõttes täideti kliinilises valimis koos psühhoosiga LEC küsimustikust koos ära esimene rida (Looduskatastroof).

Mõõtevahendid

Elusündmuste küsimustik (ingl.k. LEC – Life Events Checklist; Gray jt, 2004) on 17-väiteline enesekohane küsimustik, mis hindab inimese kokkupuudet potentsiaalselt traumeerivate sündmustega. Need sündmused on valitud sellised, mis DSM-5 järgi võivad põhjustada PTSH teket või distressi. Vastajal tuleb märkida üks või mitu valikust, kas: (a) sündmus juhtus temaga isiklikult; (b) ta nägi sündmust pealt; (c) ta sai teada, et see sündmus juhtus tema lähedasega; (d) ta puutus kokku sündmusega seoses oma tööga; (e) ta pole kindel kuhu see sündmus sobitub; (f) ta pole selle sündmusega kokku puutunud. LEC töötati algselt välja PTSH sümptomite skaala CAPS (ingl.k. Clinician-Administered PTSD Scale for DSM) hindamise abivahendiks. LEC kõikide väidete keskmine Cohen kapp on .61 ja test-kordustesti korrelatsioon $r=.82$. Võrreldes teise traumeerivaid kogemusi hindava küsimustikuga TLEQ (ingl.k. Traumatic Life Events Questionnaire; Kuban jt., 2000) oli küsimustike vahelise kooskõla hindamisel korrelatsioon $r=-.55$, $p<.001$ (LEC madalam skoor viitab siin otsesele kokkupuutele traumaga).

Käesolevas magistritöös võeti LEC koguskoori arvutamisel arvesse ainult need kogemused, kus inimene oli sündmusega otse kokku puutunud. Seda põhjusel, et otsesel kokkupuutel sündmustega on suurem PTSH tekkerisk (Gray jt, 2004). Selleks arvestati LEC koguskoori arvutamisel vaid valikuid *Juhtus minuga* (valik *a*). Lisaks võeti arvesse ka väidete nr.14 (*Ootamatu vägivaldne surm*) ja nr.15 (*Ootamatu surm õnnetuse tagajärjel*) puhul valik *Nägin pealt* (valik *b*), kuna valikul *Juhtus minuga* poleks neil juhtudel loogilist tähendust.

Tagasisideküsimused oli valitud vastavalt ISTSS (*The International Society for Traumatic Stress Studies*) soovitudele hindamaks osalejate reaktsioone küsimustikule. Tagasisides uuriti, kui palju distressi tekitas küsimustik võrreldes igapäevaolukordadega (1–palju vähem ebamugavust... 5–palju rohkem ebamugavust) ning kui oluline oleks vastajate arvates antud küsimustikku kasutada kliinilises töös (1– pole üldse oluline... 5–väga oluline). Küsimused olid võetud DePrince ja Freyd (2004) uuringust. Lisaks küsiti, kas osaleja arvates vajaks ta peale küsimustiku täitmist mõne spetsialisti abi.

Dissotsiatiivsete kogemuste skaala (DES-II; Bernstein & Putnam, 1993; Taliväting, 2015) küsimustik sisaldab 28 küsimust, mis käivad dissotsiatsiooni eri aspektide kohta. DESi alaskaalade alla kuuluvad amneesia, depersonalisatsioon/derealisatsioon ja absorptsioon/ettekujutus. DES skoor varieerub protsendiskaalal 0 ja 100 vahel. Kõrgem tulemus näitab sagenenud dissotsiatiivseid kogemusi. DESi kasutatakse dissotsiatiivsete kogemuste püsivate omaduste (ingl.k. *trait*) mõõtmiseks. DESil on kõrge *sisemine reliaablus* (Cronbachi $\alpha=.96$), hea test-kordustest stabiilsus ($r=.93$). Parandamaks küsimustikust arusaamist, paigutati laused mina-vormi. Muudatused tehti vastavalt varasemate uuringute soovitudele (Goldberg, 1999; Wright & Loftus, 2000). Kohandatud küsimustiku arusaadavust kontrolliti ka väikesel valimil ($N=10$).

Emotsioonide Regulatsiooni Raskuste Skaala (DERS; Gratz & Roemer, 2004) eestikeelne versioon (ERRS; Vachtel, 2011) hindab emotsioonide reguleerimist kuuel alaskaalal: raskused eesmärgipärasel tegevuses, emotsionaalse selguse puudumine, impulsi kontrolliraskused, emotsionaalsete reaktsioonide mitte-aktsepteerimine, emotsioonide mitteteadvustamine ja emotsiooni regulatsiooni strateegiate puudumine. Küsimustik koosneb 34st väitest, mille kehtivuse sagedust tuleb katseisikul enda puhul hinnata 5-pallisel Likert-tüüpi skaalal (1 – peaaegu mitte kunagi ... 5 – peaaegu alati).

Posttraumaatilise stresshäire nimekiri (Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian version, PCL-C; Weathers, Litz, Herman, Huska & Keane, 1993; Laidra, K.). PCL on enesekohane hinnanguskaala, mis hindab 17 DSM-IV PTSH sümptomit. Väiteid hinnatakse skaalal 1-5 („üldse mitte“ kuni „väga palju“), osutades raskusastmele, kuivõrd konkreetne sümptom on häirinud viimase kuu jooksul. Koguskoor ulatub vahemikust 17 kuni 85. Skaala autorite poolt soovitatud äralõikepunktiks on 50. Küsimustikust on saadaval kolm versiooni: militaarversioon (PCL-M), üldine tsiviilisikute versioon (PCL-C) ja spetsiifilise traumaatilise sündmuse versioon (PCL-S). Käesolevas töös on kasutatud PCL-C versiooni.

Andmeid koguti vahemikus 2017. a. oktoobrist kuni 2018. a. maikuuni.

Andmetöötlus

Andmete töötlemiseks kasutati programmi SPSS Statistics 20. LEC reliaabluse hindamiseks kasutati Coheni kappat ning Spearmani koefitsenti. Skaaladevaheliste seoste leidmiseks kasutati Spearmani koefitsenti. Gruppide võrdluseks kasutati Mann-Whitney U testi. PTSH sümptomite seoseid teiste muutujatega psühhosomaatiliste seisude uuriti mitmese

lineaarse regressioonianalüüsi abil. Statistiliselt olulisi erinevusi hinnati olulisuse tõenäosusega 95%.

TULEMUSED

Tabelis 1 on ära toodud Elusündmuste küsimustiku patsientide ja tervete uuritavate traumakogemuste esinemine valdkonniti. Arvestatud on sellega, mida inimene on otseselt kogenud (*Juhtus minuga*), ning 14. Ja 15. küsimuse puhul ka sündmuse pealtnägemine (*Nägin pealt*). Kõige sagedasemaks kogemuseks märgiti tervete uuritavate grupis *Muu väga stressirohke sündmus või kogemus* (54%), *Füüsiline rünnak* (48%), *Liiklusõnnetus* (39%) ja *Muu soovimatu või ebameeldiv seksuaalne kogemus* (37%). Patsientide seas märgiti kõige sagedamini *Füüsiline rünnak* (83%), *Muu väga stressirohke sündmus või kogemus* (75%) ja *Raske inimkannatus või üleelamine* (75%).

Tabel 1. Traumakogemuste esinemine sündmuste lõikes

Jrk	Sündmus	Patsiendid N (%)	Terved uuritavad N (%)
1	Looduskatastroof	3(8)	11(8)
2	Tulekahju või plahvatus	9(25)	19(13)
3	Liiklusõnnetus	15(42)	57(39)
4	Raske õnnetus tööl, kodus või vabal ajal	11(31)	17(12)
5	Kokkupuude mürgiste ainetega	6(17)	13(9)
6	Füüsiline rünnak	30(83)	69(48)
7	Relvastatud kallaletung	7(19)	12(8)
8	Seksuaalvägivald	15(42)	31(21)
9	Muu soovimatu või ebameeldiv seksuaalne kogemus	16(44)	54(37)
10	Lahingutegevuses või sõjatoonilis viibimine	5(14)	2(1)
11	Vangistus	2(6)	1(1)
12	Eluohtlik haigus või vigastus	13(36)	15(10)
13	Raske inimkannatus või üleelamine	27(75)	44(30)
14	Ootamatu vägivaldne surm	5(14)	13(9)
15	Ootamatu surm õnnetuse tagajärjel	6(17)	12(8)
16	Oled põhjustanud kellelegi raske kehavigastuse, tervisekahjustuse või surma	5(14)	3(2)
17	Muu väga stressirohke sündmus või kogemus	27(75)	79(54)

Meeste ja naiste LEC koguskoorides olulisi erinevusi ei esinenud (Mann-Whitney $U=3602.5$, $N_1=61$, $N_2=120$, $p=.862$, two-tailed). Nii mehed kui naised tõid peamiselt traumakogemustena välja *Muu väga stressirohke sündmus või kogemus* ja *Liiklusõnnetus*.

Meestel esines rohkem kokkupuudet füüsilise rünnakuga (80%) ning naistel seksuaalvägivallaga (33%) ja muu soovimatu või ebameeldiva seksuaalkogemusega (49%). Psühhosomaatilistel esines tervete uuritavatega võrreldes oluliselt rohkem otseseid kokkupuuteid traumadega (Mann-Whitney $U=1148.5$, $N_1=36$, $N_2=145$, $p=.000$, two-tailed). Keskmine LEC koguskoor oli neis populatsioonides vastavalt 5.6 ja 3.1. Haridustaseme ja LEC skoori vahel seost ei leitud ($r=-0.04$; $p=.570$). Seos vanuse ja LEC skoori vahel oli väga nõrk ($r=0.19$, $p<.05$). 148 (82%) vastajat märkis, et on elu jooksul kogenud rohkem kui ühte traumat.

Reliaablus

Kordustesti täitsid tervete uuritavate valimis 145 osalejast kokku 56. Kui võrrelda omavahel LEC koguskoore, siis kordustesti tegijate ja mittetegijate vahel olulisi erinevusi ei leitud (Mann-Whitney $U=2309.5$; $N_1=89$, $N_2=56$; $p=.592$; two-tailed). LEC kordustesti reliaablus (17 väite puhul) oli 0.71 ($p<.01$; two-tailed) ning korrelatsioonid vastavalt vastusevariantidele on ära toodud Tabelis 2.

Tabel 2. Kordustesti reliaablus sõltuvalt vastusevariandist

Juhtus minuga	0.76*
Nägin pealt	0.65*
Sain teada	0.55*

Märkus. $N=56$, * $p<.01$

Tabelis 3 on toodud kordustestimise Cohen'i kapp statistikud. Otsese kokkupuute all on arvestatud kogemusi, mille puhul vastati „Juhtus minuga“, ning kogu alaskaala all kõiki vastusevariante sel alaskaalal. Enamus väidete Cohen'i kapp oli üle 0.60 ($p<.005$). Ainult väide *Kokkupuude mürgiste ainetega* jäi alla 0.40. Kõige kõrgemad kapp väärtused oli väidetel *Seksuaalvägivald*, *Füüsiline rünnak* ja *Liiklusõnnetus*. Kuna teatud kogemusi oli vastajatel liialt vähe, siis jäeti arvestamata sellised väited nagu *Lahingutegevuses või sõjajärgse viibimise*, *Vangistus* ja *Oled põhjustanud kellelegi raske kehavigastuse, tervisekahjustuse või surma*. Kogu küsimustiku keskmine Cohen'i kapp oli 0.70.

Tabel 3. *Elusündmuste küsimustiku ajaline stabiilsus*

<i>LEC alaskaala</i>	Otsene kokkupuude <i>Kappa</i>	Kogu alaskaala <i>Kappa</i>
Looduskatastroof	0.74	0.82
Tulekahju või plahvatus	0.64	0.80
Liiklusõnnetus	0.81	0.78
Raske õnnetus tööl, kodus või vabal ajal	0.77	0.63
Kokkupuude mürgiste ainetega	0.38	0.81
Füüsiline rünnak	0.80	0.68
Relvastatud kallaletung	0.78	0.78
Seksuaalvägivald	0.81	0.79
Muu soovimatu või ebameeldiv seksuaalne kogemus	0.77	0.78
Lahingutegevuses või sõjatoos viibimine	-	0.97
Vangistus	-	0.93
Eluohtlik haigus või vigastus	0.70	0.68
Raske inimkannatus või üleelamine	0.53	0.64
Ootamatu vägivaldne surm	0.73	0.80
Ootamatu surm õnnetuse tagajärjel	0.74	0.75
Oled põhjustanud kellelegi raske kehavigastuse, tervisekahjustuse või surma	-	0.95
Muu väga stressirohke sündmus või kogemus	0.54	0.65

Märkus. N=56 (vastajad on tervete uuritavate valimist)

Tagasiside

Tagasisidena Elusündmuste küsimustikule vastasid ligi pooled (52%) osalejad, et traumaküsimused jätsid neile pigem neutraalse mulje, ning üle poolte (59%) pidasid traumakogemuste küsimist väga oluliseks. Umbes 5% vastanute arvates tekitas see palju rohkem ebamugavust võrreldes olukordadega, millega nad igapäevaselt kokku puutusid. Kusjuures needsamad 5% pidasid mõningal määral või väga oluliseks, et psühhiaater või psühholoog küsiks patsiendi käest sarnaseid küsimusi traumakogemuste kohta. Ligi 26% vastanutest tundsid, et peale küsimustiku täitmist tahaksid rääkida mõne vaimse tervise spetsialistiga või sooviksid muud tuge. Osalejatel paluti vajadusel ühendust võtta uuringu teostajaga, patsientide puhul raviarstiga.

Traumakogemuste seosed PSTH sümptomite, dissotsiatsiooni ja emotsioonide düsregulatsiooniga

Traumakogemuste, PSTH sümptomite, dissotsiatsiooni ja emotsioonide düsregulatsiooni vahelise seose uurimiseks kasutati korrelatsioonianalüüsi. Tabelist 4 selgub, et kõik esitatud skoorid on omavahel positiivselt ja statistiliselt oluliselt korreleeritud. Kõige tugevamini olid seotud emotsioonide düsregulatsiooni (ERRS) koguskoor ja PSTH sümptomite koguskoor (PCL), kus $r=0.65$, $p<0.01$. Traumakogemuste (LEC) skoor oli kõige teiste skaaladega nõrgemalt seotud, kusjuures kõige tugevamalt PSTH sümptomite koguskooriga, kus $r=0.34$, $p<0.01$.

Tabel 4. Traumakogemuste, PSTH sümptomite, dissotsiatsiooni ja emotsiooni düsregulatsiooni koguskooride seosed

	LEC	DES	PCL	ERRS
LEC	1			
DES	0.27*	1		
PCL	0.34*	0.59*	1	
ERRS	0.21*	0.44*	0.65*	1

Märkus. N=181, * $p<.01$

Gruppidevahelised erinevused

Patsientide ja tervete uuritavate grupi PSTH sümptomite, dissotsiatsiooni ja emotsioonide düsregulatsiooni skoorid on ära toodud Tabelis 5. Patsientidest 13 (36%) ja tervetest uuritavatest 19 (28%) hindasid oma PSTH sümptomite tugevust üle PCL autorite poolt märgitud äralõikepunkti (50).

Tabel 5. PSTH sümptomite, emotsioonide regulatsiooni ja dissotsiatiooni koguskoorid patsientide ja tervete uuritavate gruppis

		N	Keskmine	St.hälve	Miinum	Maksimum
PCL	P	36	45.03	14.48	21	74
	T	145	35.42	14.5	17	74
ERRS	P	36	85.47	23.29	51	135
	T	145	75.26	20.22	36	119
DES	P	36	22.69	14.15	4,3	60
	T	145	14.64	10.80	0,4	48.9

Märkus. P – patsiendid, T – terved uuritavad

Erinevuste statistilise olulisuse kontrollimiseks viidi läbi Mann-Whitney U test, mis kinnitas neis kahes grupis PCL koguskoori ($U=1780.0$, $N_1=145$, $N_2=36$, $p=.003$, two-tailed), DES koguskoori ($U=1669.5$, $N_1=145$, $N_2=36$, $p=.001$, two-tailed) ja ERRS koguskoori ($U=1979.0$, $N_1=145$, $N_2=36$, $p=.025$, two-tailed) keskmiste väärtuste olulist erinevust.

PTSH sümptomeid ennustavad muutujaid psühhooshaigete seas

Uurimaks psühhooshaigete seas PTSH sümptomite seost teiste muutujatega (traumakogemused, dissotsiatsioon ja emotsioonide düsregulatsioon) viidi läbi mitmene lineaarne regressioonanalüüs. Esmalt valiti muutujad, mis olid PTSH sümptomitega oluliselt seotud. Nendeks olid traumakogemuste (LEC), dissotsiatsiooni (DES) ja emotsioonide düsregulatsiooni (ERRS) mõõdikute koguskoorid. Tabelis 6 on ära toodud vastavate muutujate omavahelised seosed.

Tabel 6. Traumakogemuste, PTSH sümptomite, dissotsiatsiooni ja emotsioonide düsregulatsiooni koguskooride seos psühhooshaigete seas

	LEC	DES	PCL	ERRS
LEC	1			
DES	0.21	1		
PCL	0.36*	0.65**	1	
ERRS	0.30	0.54**	0.73**	1

Märkus. $N=36$, * $p<.05$, ** $p<.01$

Seejärel kontrolliti, et sõltumatute muutujate vahel ei esineks multikollineaarsust. Aluseks võeti tingimus, kus TOL (*Tolerance*) <0.2 või VIF (*Variance inflation factor*) >5 viitab multikollineaarusele. Probleeme multikollineaarsusega ei esinenud. Mitmene lineaarne regressioonanalüüs viidi läbi *Enter* meetodi abil. Mudel 1, kuhu ennustavate muutujatena lisati LEC, ERRS ja DES koguskoorid, seletas ära 63% PTSH sümptomite variatiivsusest (kohandatud $R^2=.629$) ning oli statistiliselt oluline: $F(6,61)=20.759$, $p<0.001$. Tabelis 7 on välja toodud regressioonimudelisse lisatud muutujad. PTSH sümptomite olulisteks ennustajateks olid dissotsiatiivsed kogemused ja emotsioonide düsregulatsioon. Mudelis 2 eemaldati ennustavatest muutujatest LEC koguskoor, kuna see polnud Mudelis 1 oluliseks PTSH sümptomite ennustajaks. Saadud Mudel 2 seletas ära 61% PTSH sümptomite variatiivsusest (kohandatud $R^2=.610$) ning oli statistiliselt oluline: $F(6,32)=28.341$, $p<0.001$.

Tabel 7. *Mitmese lineaarse regressioonianalüüsi statistikud*

Tunnused	Standardiseerimata koefitsient (B)	Standardviga (SE B)	Beeta (β)	Olulisustõenäosus (p)
Mudel 1:				
LEC	1.010	.616	.180	.111
DES	.393	.136	.353	.007
ERRS	.347	.091	.481	.001
Mudel 2:				
DES	.413	.139	.371	.006
ERRS	.384	.090	.532	<.001

Märkus. N=36.

ARUTELU

Käesoleva magistritöö eesmärgiks oli uurida traumakogemuste olemasolu psühhosomaatiliste seas ning võrrelda neid tervete uuritavate valimiga. Täpsemalt uuriti, mil määral esineb neis valimites traumakogemusi, PTSH sümptomeid, dissotsiatiivseid kogemusi ja emotsioonide düsregulatsiooni. Lisaks oli eesmärgiks kohendada eesti keelde Elusündmuste küsimustik, mis võimaldaks hinnata traumakogemuste esinemist. Tulemustest selgus, et võrreldes tervete uuritavatega esines psühhosomaatilistel oluliselt rohkem nii traumakogemusi, PTSH sümptomeid, dissotsiatiivseid kogemusi kui emotsioonide düsregulatsiooni.

LEC kordustesti reliaablus (.71) jäi madalamale kui küsimustiku originaalversioonis (.82). Kõige stabiilsemalt vastati küsimustele, millega hinnati otsest kokkupuudet traumaga. LEC 17 küsimusest sai kordustestis kõige kõrgema Cohen kappa väärtused sarnased väited, mis originaalversiooniski (nt. *Seksuaalvägivald, Füüsiline vägivald, Liiklusõnnetus*; Gray jt, 2004). Ka varasemalt on leitud, et füüsilise ja seksuaalvägivalla kogemusi raporteeritakse ajas püsivamalt ning need tugevat emotsionaalset reaktsiooni tekitavad kogemused on inimestel paremini meeles (van Giezen, Arensman, Spinhoven, & Wolters, 2005). Kordustestis kõige madalama Cohen kappa väärtusega olid ebamäärasema tähendusega väited (*Raske inimkannatus või üleelamine ja Muu väga stressirohke sündmus või kogemus*). Kuna tegu polnud konkreetselt defineeritud sündmustega, siis on ootuspärane, et vastajad võivad hinnata aja möödudes neid kogemusi erinevalt. Siiski kliinilises kontekstis annab see patsiendile

võimaluse väljendada oma elus toimunud traumaatilisi sündmusi, mida Elusündmuste küsimustiku muud osad välja ei too. Üheks kordustesti madalamaks tulemuseks oli küsimus *Kokkupuude mürgiste ainetega*. Võimalik, et vastajaid ajas segadusse see, mida täpsemalt sõna 'kokkupuude' all mõeldakse. Näiteks üks vastajatest kommenteeris, et kas piisab siin hõõrte nägemisest. Kuna mürgiste ainetega kokkupuude võib tõesti toimuda väga erinevalt, siis tasuks positiivse vastuse korral uurida täpsemalt, mida vastaja ise kokkupuute all silmas peab.

Sarnaselt varasemate uuringutega raporteerisid mehed rohkem füüsilise vägivallaga ja naised seksuaalse vägivallaga kokkupuudet (Kilpatrick jt, 2013). Tulemustest selgus ka, et psühhosiahaiged olid kogenud rohkem otsest kokku puudet traumadega kui indiviidid tervete uuritavate valimis. Sagedaste traumakogemustena töid psühhosiahaiged välja kokkupuuteid füüsilise ja seksuaalse vägivallaga. Need tulemused annavad kinnitust esimesele hüpoteesile ning on kooskõlas ka eelnevate uuringutega (Grubaugh jt, 2011; Cusack jt, 2006). Näiteks Grubaugh jt (2011) leidsid, et eelneva aasta jooksul oli 30% psühhosiahaigetest kogenud füüsilist ning 13% seksuaalset vägivalda. Rootsi (Bengtsson-Tops & Ehliasson, 2012) uuringu järgi olid 1-3% patsientidest kogenud hiljuti seksuaalvägivalda peamiselt oma kaaslase, endise kaaslase või mõne pereliikme poolt. Samas üldise vägivalla (verbaalsed ähvardused, füüsiline ja seksuaalne väärkohtlemine) toimepanijateks olid valdavalt võõrad (47% juhtudest) või tuttavad (41% juhtudest), kellega patsientidel ei olnud lähedast suhet. Rootsi uurijate arvates võib psühhosiahaigete füüsilise vägivalla ohvriks langemine olla tingitud asjaolust, et nad võivad oma haiguse tõttu käituda sotsiaalsetest normidest kõrvalekalduvalt (nt neil on raskusi sotsiaalsete piiride seadmisega) ning teised inimesed kipuvad sellele agressiivselt reageerima. Kahjuks on psühhosiahaigete seas läbi viidud vähe süstemaatilisi uuringuid, mis hindaks täpsemalt kuidas kliinilised sümptomid ja keskkonnafaktorid võivad viia riskini langeda vägivalla ohvriks (Choe, Teplin, & Abram, 2008). Sellised teadmised aga aitaks paremini hinnata riskifaktoreid ning leida efektiivsemaid sekkumisi psühhosiahaigetele, kes on kogenud või võivad kogeda füüsilist või seksuaalset vägivalda. Lisaks on leitud, et psühhosiahaiged ise võivad olla stressitekitav ja see võib võimendada varasemaid traumasümptomeid (Berry, Ford, Jellicoe-Jones, & Haddock, 2013). Samuti ka käesolevas uuringus töid paar vastajaid lisamärkusena välja, et nende jaoks on olnud psühhosiahaigete avaldumine oluliselt stressitekitav ja nad paigutasid selle traumakogemuse alla.

Teiseks hüpoteesiks oli oletus, et psühhosiahaigetel esineb rohkem PTSH sümptomeid, dissotsiatsiooni ja emotsioonide düsregulatsiooni. See hüpotees leidis kinnitust. Tulemused on kooskõlas varasemate uuringutega, kus on leitud psühhosiahaigetel kõrgemal

tasemel PSTH sümptomeid (Grubaugh jt, 2011), dissotsiatsiooni (Shäfer jt, 2012) ja emotsioonide düsregulatsiooni (Khoury & Lectome, 2012). See on tekitanud osades uurijates küsimusi, et millest need seosed tingitud on (Braehler jt, 2013). Levinumad arvamuse kohaselt, kuna psühhoosihaigete seas on traumakogemused rohkem levinud kui tavapopulatsioonis, siis see tingib ka kõrgema dissotsiatsiooni, emotsioonide düsregulatsiooni ja PTSH sümptomite taseme selles valimis (Braehler jt, 2013; Schäfer jt, 2012; Khoury & Lectome, 2012).

Kolmanda hüpoteesi hulka kuulus oletus, et iniviidid, kel on rohkem otseseid kokkupuuteid traumadega, neil on ka suuremal määral PTSH sümptomeid, dissotsiatiivseid kogemusi ja emotsioonide düsregulatsiooni. Korrelatsioonianalüüsi tulemused kinnitasid seda hüpoteesi. LEC koguskoor (traumakogemused) olid kõige tugevamalt seotud PTSH sümptomitega ning vähemal määral dissotsiatsiooni ja emotsioonide düsregulatsiooniga. Need tulemused on kooskõlas varasemate uuringutega, kus on leitud traumakogemuste seost emotsioonide düsregulatsiooni (Ehring & Quack, 2010), dissotsiatsiooni (Briere, 2006; Powers, Cross, Fani, & Bradley, 2014) ja PTSH sümptomitega (Kilpatrick jt, 2013). Seega võib eestikeelse LEC küsimustiku valiidsust pidada heaks. WHO (ingl.k *The World Health Organization*) uuringu järgi oli 4 või rohkem traumeerivat sündmust läbi elanud inimestel kõige suurem tõenäosus PTSH tekkeks (Karam jt, 2014). Samas Briere (2006) märkis, et traumakogemustest ainuüksi ei piisa, et tekiks posttraumaatiline stressihäire ning siin mängivad rolli ka muud faktorid nagu emotsioonide düsregulatsioon ja dissotsiatsioon. Ta oletas, et dissotsiatsioon on kui kompensatoorne mehhanism nii kõrge PTSH sümptomaatikaga kui ka madala emotsioonide regulatsiooniga inimeste puhul. See võib seletada, miks antud töös olid PTSH sümptomite, emotsioonide düsregulatsiooni ja dissotsiatsiooni omavahel tugevamad seosed kui traumaküsimustiku LEC skooriga.

Psühhoosihaigete seas oli samuti PTSH koguskoor seotud LEC, ERRS ja DES koguskooriga. Seega võib öelda, et neljas hüpotees leidis kinnitust. Samas mitmene regressioonanalüüs näitas, et PTSH sümptomite olulisteks ennustajateks olid emotsioonide düsregulatsioon ja dissotsiatiivsed kogemused. LEC koguskoor (traumakogemuste arv) ei osutunud oluliseks ennustavaks muutujaks. Teadaolevalt pole psühhoosihaigete seas varasemalt uuritud PTSH sümptomite, emotsioonide düsregulatsiooni ja dissotsiatsiooni omavahelisi seoseid (Braehler jt, 2013; Powers jt, 2014). Braehler jt (2013) uurisid psühhoosihaigete seas lapsepõlvetraumade mõju dissotsiatiivsetele kogemustele ning oletasid, et emotsioonide düsregulatsioon võiks mängida siin olulist rolli. Powers jt (2014) leidsid, et tavapopulatsioonis oli emotsioonide düsregulatsioon oluliseks vahendavaks muutujaks

dissotsiatiivsete kogemuste ja PTSH sümptomite vahel. Nende uuringust selgus, et kõige suuremat vahendavat mõju omasid ERRS alaskaaladest emotsionaalse selguse ja emotsiooni regulatsiooni strateegiate puudumine. Need leiud varasematest uuringutest (Braehler jt, 2013; Powers jt, 2014; Briere, 2006) ja käesolevast tööst annavad põhjust oletada, et emotsioonide düsregulatsioonil võib olla oluline mõju PTSH sümptomitele nii tavapopulatsioonis kui ka psühhosomaatiliste seas. See teadmine on oluline traumatoloogiliste patsientidega. On loodud mitmeid sekkumisviise, mis aitavad vähendada emotsioonide düsregulatsiooni. Näiteks Dialektiline käitumisteraapia, kus aidatakse paremini mõista oma tundeid ning õpetatakse nende intensiivsusega paremini toime tulema (Linehan, 1993). Lisaks õpetatakse STAIR programmis (Skill Training in Affect and Interpersonal Regulation; Cloitre, Koenen, Cohen, & Han, 2002) teadlikkust oma emotsioonidest ning negatiivsete emotsioonidega toimetulekut.

Käesoleva uuringu tagasisidena kommenteeriti, et kas traumakogemuste hindamiseks ei piisaks lihtsalt ühest küsimusest, mida näiteks M.I.N.I intervjuus (Mini-International Neuropsychiatric Interview; Sheehan jt, 1998) kasutatakse. Kahjuks pole olemas piisavalt süstemaatilisi uuringuid selle kohta, millist meetodit oleks kõige parem kasutada. On leitud, et ühe küsimuse kasutamine intervjuu vormis suurendab traumakogemuste alaraporteerimist ning naiste puhul jääks 10% PTSD juhtumitest diagnoosimata (Monson jt, 2016). Mõnede kliinitsistide arvates ei taha kõik inimesed näost-näku vestluse käigus oma traumast raporteerida, kuna kardetakse teise inimese reaktsioone (Carlson, 1997; Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services, 2014). LEC väljatöötajate poolt on soovitatud traumade väljasõelumiseks kasutada küsimustikku esimese sammuna ja kui on selgunud, et inimene on kogenud mõnd potentsiaalselt traumeerivat sündmust, siis viia inimestega läbi täpsustav intervjuu (Gray jt, 2004).

Käesolevast uuringust saab teha vaid piiratud järeldusi. Esiteks oli kliiniline valim väike, mille tõttu ei ole võimalik tulemusi üldistada kõigile psühhosomaatilistele. Teiseks koosnes tervete uuritavate valim enamjaolt (70%) naistest kui kliinilises valimis olid pooled (50%) meessoost. Kuigi sugude vahel olulisi erinevusi traumakogemuste arvus ei olnud, esines siiski erinevust traumakogemuse tüübis. Kuna töö oli läbilõikeuuring, siis see ei võimalda muutujate vahel määrata põhjuslikkuse suunda. Näiteks ei saa kindlaks teha, kas ja mil määral esines emotsioonide düsregulatsiooni enne ja peale traumakogemusi. Töös kasutatud LEC traumaküsimustik oli retrospektiivne, seega tuleb siin piiranguna arvestada ka võimalikku unustamist ja vastamiskallet, mis sõltub vastamise hetke emotsionaalsest seisundist. Lisaks kasutati andmeanalüüsis vaid otsese kokkupuutega traumasid, kuna kaudset kokkupuudet on keerulisem määrata (nt raskem välistada, et inimene on sündmust pealt

näinud meedia kaudu). Samas erinevate kokkupuudete hindamine võib kliinilises praktikas olla oluline. Edaspidi oleks kasulik uurida milles seisnevad täpsemalt traumahäiretega psühhooshaigete emotsioonide regulatsiooni raskused. Samuti aitaks longituuduuring paremini määrata, millal PTSH sümptomid tekkisid ning milline oli indiviidi emotsioonide düsregulatsiooni tase enne ja peale traumakogemust.

Kokkuvõtteks võib öelda, et eestikeelse LEC küsimustiku reliaablus ja valiidsus on hea. Tuginedes varasematele uuringutele ja käesolevale uurimistöö tulemustele, paistab olevat oluline hinnata psühhooshaigete seas nii PTSH sümptomite taset, dissotsiatiivseid kogemusi kui oskusi emotsioone reguleerida. Samuti on oluline uurida võimalike traumakogemuste olemasolu. Kuigi võib tunduda, et traumakogemustega patsiendil on üsnagi suur probleemide hulk, siis üheks mõjuvaks faktoriks, millega ravis tegeleda, võiks olla emotsioonidega toimetuleku õpe.

TÄNUSÕNAD

Tahan tänada kõiki, kes olid abiks antud töö valmimisel: mu juhendajad Mart Juursoo ja Kaia Kastepõld-Tõrs; dr. Kärt Uppin ja meditsiiniõed SA TÜK Psühhiaatriakliiniku akuutosakonnast; Angelika Naurits, Kristiina Haug, Keidi Soots ja Eva Loolaid-Raudpuu, kes aitasid tõlke koostamisel; lähedasi, kes olid nõu ja jõuga toeks; kõiki uurimistöös osalejaid, tänu kellele oli see uuring üldse võimalik.

KASUTATUD KIRJANDUS

- Achim, A. M., Maziade, M., Raymond, E., Olivier, D., Mérette, C., & Roy, M. A. (2011). How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophrenia Bulletin*, 37(4), 811-821.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

- Barry, D. T., Beitel, M., Cutter, C. J., Garnet, B., Joshi, D., Rosenblum, A., & Schottenfeld, R. S. (2011). Exploring relations among traumatic, posttraumatic, and physical pain experiences in methadone-maintained patients. *The Journal Of Pain*, 12(1), 22-28.
- Beards, S., Gayer-Anderson, C., Borges, S., Dewey, M. E., Fisher, H. L., & Morgan, C. (2013). Life events and psychosis: A review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 39(4), 740-747.
- Bengtsson-Tops, A., & Ehliasson, K. (2012). Victimization in individuals suffering from psychosis: A Swedish cross-sectional study. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 19(1), 23-30.
- Bernstein, E., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727–735.
- Berry, K., Ford, S., Jellicoe-Jones, L., & Haddock, G. (2013). PTSD symptoms associated with the experiences of psychosis and hospitalisation: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 33(4), 526-538.
- Birchwood, M., & Trower, P. (2006). The future of cognitive-behavioural therapy for psychosis: Not a quasi-neuroleptic. *The British Journal of Psychiatry*, 188(2), 107–108.
- Bradley ,B., DeFife, J., Guarnaccia, C., Phifer, J., Fani, N., Ressler, K. (2011). Emotion dysregulation and negative affect: association with psychiatric symptoms. *Journal of Clinicial Psychiatry*, 72, 685-91.
- Braehler, C., Valiquette, L., Holowka, D., Malla, A. K., Joober, R., Ciampi, A., & ... King, S. (2013). Childhood trauma and dissociation in first-episode psychosis, chronic schizophrenia and community controls. *Psychiatry Research*, 210(1), 36-42.
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic Studies of Trauma, Posttraumatic Stress Disorder, and Other Psychiatric Disorders. *The Canadian Journal Of Psychiatry / La Revue Canadienne De Psychiatrie*, 47(10), 923-929.
- Brewin, C. R., Lanius, R. A., Novac, A., Schnyder, U., & Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSM-V: Life after Criterion A. *Journal Of Traumatic Stress*, 22(5), 366-373.
- Briere, J., (2006). Dissociative symptoms and trauma exposure: specificity, affect dysregulation, and posttraumatic stress. *Journal of Nervous and Mental Disease* 194, 78–82.
- Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S., & Castle, D. J. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 383-402.

- Carlson, E.B. (1997). *Trauma assessments: A clinician's guide*. New York: Guilford.
- Choe, J. Y., Teplin, L. A., & Abram, K. M. (2008). Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: Balancing public health concerns. *Psychiatric Services*, 59(2), 153-164.
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 70(5), 1067-1074.
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C., & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion Regulation and Interpersonal Problems as Predictors of Functional Impairment in Survivors of Childhood Abuse. *Behavior Therapy*, 36(2), 119-124.
- Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75, 317-333.
- Cusack, K. J., Grubaugh, A. L., Knapp, R. G., & Frueh, B. C. (2006). Unrecognized trauma and PTSD among public mental health consumers with chronic and severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 42(5), 487-500.
- Davidson, J. R. T., & Foa, E. B. (1991). Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: Considerations for the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 346-355.
- DePrince, A. P., & Freyd, J. J. (2004). Costs and Benefits of Being Asked About Trauma History. *Journal Of Trauma Practice*, 3(4), 24-35.
- Dohrenwend, B. P. (2006). Inventorying stressful life events as risk factors for psychopathology: Toward resolution of the problem of intracategory variability. *Psychological Bulletin*, 132, 477-495.
- Ehring, T., & Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: The role of trauma type and ptsd symptom severity. *Behavior Therapy*, 41(4), 587-598.
- Elhai, J. D., Gray, M. J., Kashdan, T. B., & Franklin, C. L. (2005). Which instruments are most commonly used to assess traumatic event exposure and posttraumatic effects?: A survey of traumatic stress professionals. *Journal Of Traumatic Stress*, 18(5), 541-545.
- Fallot R.D., Harris M. (2001). A trauma-informed approach to screening and assessment. In: Harris M., Fallot R.D. (Eds.), *Using trauma theory to design service systems* (pp. 23-31). San Francisco: Jossey-Bass.

- Fisher, H. L., Craig, T. K., Fearon, P., Morgan, K., Dazzan, P., Lappin, J., & ... Morgan, C. (2011). Reliability and comparability of psychosis patients' retrospective reports of childhood abuse. *Schizophrenia Bulletin*, 37(3), 546-553.
- Frewen, P. A., & Lanius, R. A. (2006). Toward a psychobiology of posttraumatic self-dysregulation: reexperiencing, hyperarousal, dissociation, and emotional numbing. *Annals Of The New York Academy Of Sciences*, 1071110-124.
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., & Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28, 750–769.
- Gearon, J. S., Bellack, A. S., & Tenhula, W. N. (2004). Preliminary Reliability and Validity of the Clinician-Administered PTSD Scale for Schizophrenia. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 72(1), 121-125.
- Glasova, K., Bob, P., Jasova, D., Bratkova, N., Ptacek, R.(2004). Traumatic stress and schizophrenia. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*. 11,205–208.
- Goldberg, L. R. (1999). The Curious Experiences Survey, a revised version of the Dissociative Experiences Scale: Factor structure, reliability, and relations to demographic and personality variables. *Psychological Assessment*, 11(2), 134-145.
- González-Torres, M. A., Oraa, R., Arístegui, M., Fernández-Rivas, A., & Guimon, J. (2007). Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members: A qualitative study with focus group. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 42(1), 14-23.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*. 26, 41-54.
- Gray, M. J., Litz, B. T., Hsu, J. L., & Lombardo, T. W. (2004). Psychometric properties of the Life Events Checklist. *Assessment*, 11, 330–341.
- Grubaugh, A. L., Zinzow, H. M., Paul, L., Egede, L. E., & Frueh, B. C. (2011). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adults with severe mental illness: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 883-899.
- International Society for Traumatic Stress Studies. Five Tools for Ethical Trauma-Focused Research. (18.04.2018).
- <http://www.istss.org/education-research/research/ethical-issues-in-trauma-research/five-tools-for-ethical-trauma-focused-research.aspx>

- Karam, E. G., Friedman, M. J., Hill, E. D., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., & ... Koenen, K. C. (2014). Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys. *Depression And Anxiety*, 31(2), 130-142.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048–1060.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Delmer, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6): 593-602.
- Khoury, B., & Lecomte, T. (2012). Emotion regulation and schizophrenia. *International Journal Of Cognitive Therapy*, 5(1), 67-76.
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 537–547.
- Krinsley, K. E., & Weathers, F. W. (1995). The assessment of trauma in adults. *PTSD Research Quarterly*, 6, 1-6.
- Kubany, E. S., Haynes, S. N., Leisen, M. B., Owens, J. A., Kaplan, A. S., Watson, S. B., et al. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychological Assessment*, 12, 210–224.
- Latalova, K., Kamaradova, D., & Prasko, J. (2014). Violent victimization of adult patients with severe mental illness: A systematic review. *Neuropsychiatric Disease And Treatment*, 10, 1925-1939.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Lindy, J. D., Green, B. L., & Grace, M. C. (1987). The stressor criterion and posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 270–272.
- Littleton, H., Axsom, D., & Grills-Taquechel, A. (2011). Longitudinal evaluation of the relationship between maladaptive trauma coping and distress: examination following the mass shooting at Virginia Tech. *Anxiety, Stress & Coping*, 24(3), 273-290.
- Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., & Partonen, T.(2007). Psühhiaatria. Kirjastus Medicina, Tallinn.

- Mauritz, M. W., Goossens, P. J., Draijer, N., & van Achterberg, T. (2013). Prevalence of interpersonal trauma exposure and trauma-related disorders in severe mental illness. *European Journal Of Psychotraumatology*, 4.
- Mauritz, M. W., Van Gaal, B. I., Jongedijk, R. A., Schoonhoven, L., Nijhuis-van der Sanden, M. G., & Goossens, P. J. (2016). Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder associated with repeated interpersonal trauma in patients with severe mental illness: a mixed methods design. *European Journal Of Psychotraumatology*, 71-79.
- McGrath, J. J., Saha, S., Lim, C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Andrade, L. H., & ... Kessler, R. C. (2017). Trauma and psychotic experiences: transnational data from the World Mental Health Survey. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*, 211(6), 373-380.
- McNally, R. J. (2009). Can we fix PTSD in DSM-V?. *Depression And Anxiety*, 26(7), 597-600.
- Monson, E., Lonergan, M., Caron, J., & Brunet, A. (2016). Assessing trauma and posttraumatic stress disorder: Single, open-ended question versus list-based inventory. *Psychological Assessment*, 28(8), 1001-1008.
- Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Fox, L., Salyers, M. P., Ford, J. D., & Carty, P. (2001). Psychometric evaluation of trauma and posttraumatic stress disorder assessments in persons with severe mental illness. *Psychological Assessment*, 13(1), 110-117.
- Mueser, K. T., Salyers, M. P., Rosenberg, S. D. *et al.* (2004). Interpersonal trauma and posttraumatic stress disorder in patients with severe mental illness: Demographic, clinical and health correlates. *Schizophrenia Bulletin*, 30 (1), 45-57.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2005). *Post-traumatic stress disorder: management*. London: National Institute for Health and Care Excellence. (21.04.2018)
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg26/chapter/1-guidance>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management*. London: National Institute for Health and Care Excellence. (21.04.2018)
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/1-Recommendations>
- Nijenhuis, E.R.S., Van der Hart, O., Kruger, K. (2002). The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Checklist (TEC): First findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 200-210.

- Powers, A., Cross, D., Fani, N., Bradley, B. (2014). PTSD, emotion dysregulation, and dissociative symptoms in a highly traumatized sample. *Journal of Psychiatric Research*.61:174-179.
- Rahvusvaheline Haiguste Klassifikatsioon (RHK-10). (1993). Psüühika-ja käitumishäired. F.43. Rasked stressreaktsioonid ja kohanemishäired. (21.04.2018)
<http://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>
- Read, J., Fink, P. J., Rudegeair, T., Felitti, V., & Whitfield, C. L. (2008). Child Maltreatment and Psychosis: A Return to a Genuinely Integrated Bio-Psycho-Social Model. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 2(3), 235-254.
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E., & Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984-991.
- Resnick, S. G., Bond, G. R., & Mueser, K. T. (2003). Trauma and posttraumatic stress disorder in people with schizophrenia. *Journal Of Abnormal Psychology*, 112(3), 415-423.
- Roberts, A. L., Gilman, S. E., Breslau, J., Breslau, N., & Koenen, K. C. (2011). Race/ethnic differences in exposure to traumatic events, development of post-traumatic stress disorder, and treatment-seeking for post-traumatic stress disorder in the United States. *Psychological Medicine*, 41(1), 71-83.
- Roberts, A. L., Dohrenwend, B. P., Aiello, A. E., Wright, R. J., Maercker, A., Galea, S., & Koenen, K. C. (2012). The stressor criterion for posttraumatic stress disorder: Does it matter?. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 73(2), 264-270.
- Sheehan,D. V, Lecrubier,Y., Sheehan,K. H., Amorim,P., Janavs,J.,Weiller,E., Hergueta, T., Baker, R., Dunbar, G. C. (1998).The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *J Clin Psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Schäfer, I., Fisher, H.L., Aderhold, V., Huber, B., Hoffmann-Langer, L., Golks, D., Karow, A., Ross, C., Read, J., Harfst, T.(2012). Dissociative symptoms in patients with schizophrenia: relationships with childhood trauma and psychotic symptoms. *Comprehensive Psychiatry*.53, 364–371.
- Spiegel, D., & Cardena, E. (1991). Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal Of Abnormal Psychology*, 100(3), 366-378.

- Steenkamp, M., McLean, C. P., Arditte, K. A., & Litz, B. T. (2010). Exposure to trauma in adults. In M. M. Antony, D. H. Barlow(Eds.) , *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (pp. 301-343). New York, NY, US: Guilford Press.
- Steinberg, M. (1994). Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D) (p. 96). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Taliväting, M. (2015). Dissotsiatiivsete kogemuste skaala kohandamine eesti keelde ja dissotsiatiivsete kogemuste seos unehäiretega. Seminaritöö psühholoogias. Psühholoogia instituut: Tartu Ülikool.
- Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. (2014). (18.04.2018)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207188/>
- Tucker, W. D. (2002). How to include the trauma history in the diagnosis and treatment of psychiatric inpatients. *Psychiatric Quarterly*. 73(2), 135–144.
- Vachtel, I. (2011). Emotsioonide Regulaatsiooni Raskuste Skaala konstrueerimine. Magistritöö psühholoogias. Psühholoogia instituut: Tartu Ülikool.
- van Giezen, A. E., Arensman, E., Spinhoven, P., & Wolters, G. (2005). Consistency of memory for emotionally arousing events: A review of prospective and experimental studies. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 935-953.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., & ... Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661-671.
- Van Hooff, M., McFarlane, A. C., Baur, J., Abraham, M., & Barnes, D. J. (2009). The stressor Criterion-A1 and PTSD: A matter of opinion?. *Journal Of Anxiety Disorders*, 23(1), 77-86.
- Vogel, M., Spitzer, C., Kuwert, P., Möller, B., Freyberger, H.J., Grabe, H.J. (2009). Association of childhood neglect with adult dissociation in schizophrenic inpatients. *Psychopathology*. 42, 124–130.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility*. Paper presented at the 9th Annual Conference of the ISTSS, San Antonio.
- Weathers, F. W., Keane, T. M., & Davidson, J. R. T. (2001). Clinician-administered PTSD Scale: A review of the first ten years of research. *Depression and Anxiety*, 13, 132-156.

- Weathers, F. W., & Keane, T. M. (2007). The Criterion A problem revisited: Controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 107–121.
- Wright, D. B., & Loftus, E. F. (2000). Measuring dissociation: Comparison of alternative forms of the Dissociative Experiences Scale. *Australian Journal Of Clinical & Experimental Hypnosis, 28*(2), 103-126.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders: Clinical description and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Zoellner, L. A., Bedard-Gilligan, M. A., Jun, J. J., Marks, L. H., & Garcia, N. M. (2013). The evolving construct of posttraumatic stress disorder (PTSD): DSM-5 criteria changes and legal implications. *Psychological Injury And Law, 6*(4), 277-289.

Lisa 1

Tabel 1. *Traumaatilise sündmuse kirjeldus erinevates psühhaatriliste haiguste klassifikatsioonis*

Psühhaatriliste	Traumaatilise sündmuse kirjeldus PTSH diagnostilises kriteeriumis
haiguste klassifikatsioon	
DSM-III ^a	Kriteerium A. Inimene on kogenud sündmust, mis on väljaspool tavapärast inimkogemust ja mis tekitab märgatavalt distressi enamus inimestes.
DSM-IV ^b	<p>Kriteerium A. Inimesel on olnud kokkupuude traumaatilise sündmusega ning täidetud on kaks tingimust:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) inimene on läbi elanud, pealt näinud või kokku puutunud sündmuse või sündmustega, millega kaasnes või oli oht selleks, et kaasneb kellegi surm, tõsine vigastus või tema või teiste kehalise puutumatuse rikkumine, 2) inimesel ilmnes vastusena hirm, abitus- või õudustunne. Lastel võib selle asemel esineda ka kaootiline või agiteeritud käitumine.
DSM-V ^c	<p>Kriteerium A. Inimesel on olnud kokkupuude sündmusega, mis hõlmas endas kellegi surma, ohtu elule või millega kaasnes või oli oht selleks, et kaasneb tõsine vigastus või seksuaalvägivald, järgmistel viisidel:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) isiklikult sündmuse läbielamine, 2) sündmuse pealtnägemine, 3) teada saamine, et see juhtus lähedase pereliikme või lähedase sõbraga (eluohtliku või surmaga kaasnenud sündmuse puhul peab see olema seotud vägivalla või õnnetusega), 4) korduv või äärmuslik kaudne kokkupuude traumeeriva(te) sündmus(t)e vastikustunnet/tülgastust tekitavate detailidega. Seotud enamasti erialase töö kohustuste täitmisega (nt. esmareageerijad kogumas kokku inimese jäänuseid; politseitöötaja korduv kokkupuude laste väärkohtlemisega). Siia punkti alla ei kuulu kaudne kokkupuude meedia, televisiooni, filmide või piltide kaudu, välja arvatud kui see on seotud erialase tööga.
RHK-10 ^d	„Posttraumaatiline stresshäire tekib kui hilinevad ja/või protaheeritud reaktsioon erakordselt hirmutavale või katastroofilisele stressoorsele sündmusele või situatsioonile (nii lühiajalisele kui ka kestvale), mis põhjustab märgatava distressi peaaegu kõigil inimestel (näiteks loodusõnnetus või muu katastroof, sõda, raske õnnetus, surma pealtnägemine, piinamise ohvriks olemine, terrorism, vägistamine või muu kriminaalne tegevus).“

Märkus. ^a (American Psychiatric Association, 1980); ^b (American Psychiatric Association, 2000);

^c (American Psychiatric Association, 2013); ^d (RHK-10, 1993).

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Margo Taliväting

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose **Elusündmuste küsimustiku kohandamine eesti keelde ja traumakogemuste hindamine psühhoosihaigetel**, mille juhendajad on Mart Juursoo ja Kaia Kastepõld-Tõrs,
 - 1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
 - 1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 21.05.18